



**Prefeitura de
SOROCABA**



**COORDENADORIA
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**



TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Título da pesquisa:
Pesquisador(a) responsável:
Instituição:
Telefone e email de contato:

Eu, _____, pesquisador(a) responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas nas **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, em especial as de nº 466/2012, 510/2016, 580/2018, Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais)** e complementares.

Comprometo-me a seguir os seguintes compromissos:

1. Iniciar a coleta de dados **somente** após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP;
2. Utilizar os dados coletados, **exclusivamente** para embasamento da pesquisa informada no presente termo, todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação da Coordenadoria de Educação em Saúde da Secretaria de Saúde de Sorocaba;
3. Informar a Coordenadoria de Educação em Saúde toda equipe de pesquisadores;
4. Obedecer às disposições éticas de manter a confidencialidade sobre os dados coletados bem como de manter a privacidade de seus conteúdos, cientes de que poderão responder civil e criminalmente em caso de violação dos mesmos;
5. Realizar a pesquisa documental mediante coleta de dados do documento original ciente da impossibilidade de reprodução do prontuário, no todo ou em parte, por qualquer tipo de equipamento;
6. Manter a guarda das informações coletadas por um prazo mínimo de cinco anos e, após esse prazo decorrido, destruir as informações coletadas;
7. Apresentar o **relatório final da pesquisa, e os resultados obtidos**, quando do seu término ao Comitê de Ética - CEP, via Plataforma Brasil como notificação. Também me comprometo a enviar o trabalho final ao setor da Coordenadoria de Educação em Saúde/ Secretaria de Saúde (pesquisasaudesorocaba@gmail.com);
8. Apresentar um Produto Técnico Tecnológico ofertado preferencialmente para a Rede de Saúde de Sorocaba.

Sorocaba, _____, de _____ de 202_.

Assinatura do(a)(s) pesquisador(a)(es)

IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Pesquisador responsável

Assinatura digital:

Nome:

CPF	RG	Matrícula (se houver)
Pesquisador participante		
Assinatura digital:		
Nome:		
CPF	RG	Matrícula (se houver)
Pesquisador participante		
Assinatura digital:		
Nome:		
CPF:	RG:	Matrícula (se houver)
Pesquisador participante		
Assinatura digital:		
Nome:		
CPF:	RG:	Matrícula (se houver)

(Inserir mais campos conforme número de pesquisadores).

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

1. Todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso aos documentos, de pessoas cujo nome não conste neste documento.
2. A instituição de saúde guardiã do prontuário terá total autonomia para determinar os horários e locais para a realização da pesquisa.
3. A instituição de saúde guardiã do prontuário poderá restringir a continuidade da coleta de dados e inclusive proibir o acesso de qualquer dos pesquisadores, se verificada a realização de cópia (no todo ou em parte) de qualquer informação constante dos prontuários médicos.
4. Pesquisas com dados secundários não disponíveis ao acesso público deverão apresentar esse Termo constando as assinaturas dos pesquisadores envolvidos na pesquisa, assinatura e carimbos dos dirigentes da instituição, campo da pesquisa.